



# ESCOLINHA

## DE FUTSAL INFANTIL



### DADOS DO ATLETA

NOME: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ IDENTIDADE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

NOME DO TITULAR: \_\_\_\_\_

MATRÍCULA DO TITULAR: \_\_\_\_\_

TELEFONE FIXO: \_\_\_\_\_ TELEFONE CELULAR: \_\_\_\_\_

### AUTORIZAÇÃO DOS PAIS / RESPONSÁVEIS

Autorizo o (a) dependente acima a participar das atividades e ações da Escolinha de Futsal Infantil da APCEF/MG;

Declaro que o (a) mesmo (a) se encontra em boas condições de saúde para as práticas lúdicas e esportivas até o momento, e que qualquer alteração do seu quadro clínico emocional será informada;

Manifesto-me de acordo e desde já autorizo a utilização, sem ônus, da imagem do menor acima qualificado, em campanhas, eventos, publicidade e veículos de comunicação em geral.

BELO HORIZONTE, \_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE 20 \_\_\_\_

Assinatura do Titular